

JOANITA ANGELA GONZAGA DEL MORAL

**SINTOMAS DEPRESSIVOS NOS PACIENTES INTERNADOS
COM DOENÇA HEMATOLÓGICA EM HOSPITAL GERAL:
PREVALÊNCIA E CORRELAÇÃO
COM VARIÁVEIS CLÍNICAS**

**Dissertação apresentada no Curso de Pós
Graduação em Ciências Médicas da
Universidade Federal de Santa Catarina, como
requisito para obtenção do título de Mestre em
Ciências Médicas.**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2006**

JOANITA ANGELA GONZAGA DEL MORAL

**SINTOMAS DEPRESSIVOS NOS PACIENTES INTERNADOS
COM DOENÇA HEMATOLÓGICA EM HOSPITAL GERAL:
PREVALÊNCIA E CORRELAÇÃO
COM VARIÁVEIS CLÍNICAS**

Dissertação apresentada no Curso de Pós Graduação em Ciências Médicas da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências Médicas.

Coordenadora do Curso: Prof^ª Dr^a Márcia Margaret Menezes Pizzichini

Orientadora: Prof^ª Dr^a Letícia Maria Furlanetto

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2006**

Del Moral, Joanita Angela Gonzaga

Sintomas depressivos nos pacientes internados com doença hematológica em hospital geral: prevalência e correlação com variáveis clínicas / Joanita Angela Gonzaga Del Moral. – Florianópolis, 2006.

27 p.

Orientadora: Leticia Maria Furlanetto

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina – Curso de Pós Graduação em Ciências Médicas.

1. sintomas depressivos 2. hematologia 3. anemia 4. leucemia 5. linfoma 6. câncer. 7. neutropenia I. Título

AGRADECIMENTOS

Agradeço de coração, a todos os pacientes que participaram ou não da pesquisa, pois o motivo maior destes escritos foi poder me aproximar mais e conhecer melhor estas queridas pessoas que nos procuram e confiam no nosso trabalho.

Agradeço a todos os funcionários e colegas de trabalho do Hospital Universitário – UFSC, sem distinção, pela dedicação com que executam suas funções, pelo amor que dedicam aos pacientes e com tudo isto tornaram possível executar o estudo, de cujos resultados também fazem parte.

Agradeço aos alunos da graduação que, no afã de lapidar e adquirir novos conhecimentos, são fundamentais para que a pesquisa continue.

Agradeço a meus familiares e amigos que sempre acreditaram em mim, até mesmo quando me faltavam esperanças, sendo os responsáveis pela continuação e término desta obra.

Por fim, agradeço minha orientadora, Profa. Dra. Letícia Maria Furlanetto, pela amizade, paciência, dedicação e rigor com que me mostrou os caminhos da verdadeira ciência, a qual precisa de mais amor, no mais amplo sentido.

RESUMO

Objetivos: Avaliar a prevalência de sintomas depressivos, sua correlação com variáveis clínicas e verificar as diferenças na evolução dos grupos com e sem sintomas depressivos nos pacientes internados em leitos da hematologia na enfermaria de adultos de um Hospital Universitário.

Método: Foi um estudo transversal descritivo, analítico, e de coorte. Dos 123 pacientes que foram entrevistados na primeira semana da internação, 19 foram excluídos. Foram coletados dados sociodemográficos, hábitos, condições clínicas da internação, dados laboratoriais, se houve desistência ou não do tratamento e mortalidade. Os sintomas depressivos moderados a graves foram avaliados através do Inventário Beck de Depressão com ponto de corte em 16/17. O mini-exame do estado mental foi utilizado para descartar a presença de prejuízo cognitivo. Foi utilizado o Índice Charlson para determinar a gravidade física da doença.

Resultados: Dos 104 pacientes, 58 (55,8%) eram do sexo feminino, a média de idade foi de 48,1 anos (desvio padrão=19,81), a mediana da escolaridade de 5 anos, 72,1% ganhavam até 3 salários mínimos, 22,1% eram fumantes, 14,4% tinham história de depressão anterior, 52,9% tinham doença oncohematológica, 81,7% apresentavam anemia, 54,8% referiam dor e 31,7% sentiam fadiga. A prevalência de sintomas depressivos moderados a graves foi de 32,7%. Vinte e três pacientes (22,1%) faleceram, sendo 47,8% deles durante a internação. As variáveis que se associaram aos pacientes com sintomas depressivos foram: baixa escolaridade, o fato de ser fumante, ter história de depressão prévia, apresentar maior gravidade física, elevada percepção da dor, longo tempo de neutropenia, ter infecção ou náusea. Na regressão logística, o tempo de neutropenia foi a única variável que se manteve no modelo ($p=0,003$).

Conclusões: Houve uma prevalência de 32,7% de sintomas depressivos nos pacientes internados com doença hematológica. Pacientes com sintomas depressivos tiveram um risco aumentado de prolongar o tempo de neutropenia. Não houve aumento da mortalidade nos pacientes com sintomas depressivos.

ABSTRACT

Objectives: To determine the prevalence of depressive symptoms, to verify its correlation with clinical variables and the differences in the evolution of the groups with and without depressive symptoms of adult in-patients with hematological disorders at a University Hospital.

Method: It was a descriptive and analytic cross-sectional, and prospective cohort study. Of 123 patients interviewed within the first week of admission, 19 were excluded. The social and demographic variables, clinical conditions, the time of neutropenia, and laboratory values were collected. It was recorded if the patient refused treatment and the mortality during hospitalization until 12 months. The moderate and severe depressive symptoms were evaluated with the Beck Depression Inventory with a cut-off of 16/17. The Mini-Mental State Examination was used to evaluate the presence of cognitive impairment. The Charlson comorbidity index was used to measure severity of illness.

Results: Of 104 patients, 58 (55,8%) were female, the mean age was 48,1 years old (standard deviation=19,81), the median education was 5 year, 72,1% earned less than 4 minimum wages, 22,1% were smokers, 14,4% had a previous history of depression, 52,9% had hematological malignancies, 81,7% presented anemia, 54,8% referred pain and 31,7% felt fatigue. The prevalence of moderate and severe depressive symptoms was of 32,7%. Twenty-three patients (22,1%) died, being 47,8% during hospitalization. The variables that were associated with depressive symptoms were: lower level of education, smoking, previous history of depression, pain, longer time of neutropenia, more severe illness, infection and nausea. In the logistic regression analysis, the time of neutropenia was the only variable that remained significant after controlling for the above mentioned confounders. ($p=0,003$).

Conclusions: There was a prevalence of 32,7% of depressive symptoms in medical inpatients with hematological diseases. Patients with depressive symptoms had an independent risk of having a longer time of neutropenia. There was not a higher mortality among the depressed patients.

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	iii
RESUMO	iv
ABSTRACT	vi
SUMÁRIO	viii
1 INTRODUÇÃO	01
2 OBJETIVOS	05
2.1. Objetivo Geral	05
2.2. Objetivos Específicos	05
3 MÉTODO	06
3.1. Delineamento da Pesquisa	06
3.2. Local	06
3.3. Amostra	06
3.4. Procedimentos	07
3.5. Medidas	07
3.5.1. Sociodemográficas e clínicas	07
3.5.2. Morbidade clínica	07
3.5.3. Morbidade psiquiátrica	08
3.5.3.1. História Psiquiátrica Prévia Pessoal	08
3.5.3.2. Mini-Exame do Estado Mental (MMSE)	09
3.5.3.3. Inventário Beck de Depressão (BDI)	09
3.6. Análise Estatística	10
3.7. Aspectos Éticos	11
4 RESULTADOS	12
5 DISCUSSÃO	19
6 CONCLUSÕES	22
REFERÊNCIAS	23
ANEXOS	27

1 INTRODUÇÃO

Alguma tristeza é inevitável nos pacientes em face de um problema de saúde, principalmente quanto mais grave ele for. No entanto, sintomas depressivos que persistem a maior parte do tempo e recorrem estão relacionados a um pior prognóstico em pacientes com doenças físicas.¹ Atualmente está bem estabelecida a importância da associação entre as doenças físicas e depressão.¹⁻⁵ Há um aumento de doenças físicas em pacientes com depressão,⁶⁻⁸ assim como tem sido demonstrada uma pior evolução,^{6, 9} com aumento da mortalidade,¹⁰⁻¹⁴ aumento do tempo de internação¹⁵ e diminuição da aderência aos tratamentos propostos.¹⁶ A associação vem sendo demonstrada de forma consistente na cardiologia,¹¹ na neurologia,^{17, 18} na endocrinologia^{2, 6} e na oncologia geral.¹⁹⁻²² Contudo, há poucos estudos avaliando a prevalência e a evolução de pacientes hematológicos com sintomas depressivos, e os que existem ainda apresentam resultados controversos.²³⁻²⁶

Há uma estreita relação da hematologia com outras especialidades, quando muitas vezes a causa de anemia, leucopenia, plaquetopenia ou pancitopenia não é um defeito primário da produção na medula óssea. Isto está muito bem estudado e estabelecido.^{27, 28} No entanto, no que se referem às alterações mentais, aspectos psíquicos e sua correlação com a morbi-mortalidade dos pacientes com doenças oncohematológicas, ainda existem dúvidas quanto às origens e magnitude desta associação.^{29, 30}

Apesar dos avanços na psiconeuroimunologia, a relação entre síndromes psiquiátricas clínicas, neurobiologia e estado imune, ainda não está bem compreendida.³¹ Vem sendo demonstrado uma diminuição da atividade das células *natural killer* (NK) em indivíduos deprimidos, assim como uma associação entre depressão e baixa contagem de linfócitos B, T, e NK. Além disto, foi encontrada a presença de leucocitose, especialmente neutrofilia e

alguns relatos de monocitose.^{21, 32, 33} Estudos recentes fazem alusão ao desequilíbrio na função dos linfócitos T *helper* (Th1/Th2) relacionando-o com depressão maior, progressão de tumores, evolução desfavorável em doenças infecciosas e processos autoimunes.^{34, 35}

Analisando pacientes internados com leucemia e linfomas, dois estudos encontraram respectivamente prevalências de 22,6 e 29,5% de humor depressivo, empregando os critérios do Manual de Diagnóstico e Estatístico da Associação Americana de Psiquiatria, o DSM-III-R.^{26, 36} Uma pesquisa em 22 pacientes com leucemia mostrou uma prevalência de 18% de transtorno depressivo, tendo utilizado duas escalas para avaliar os sintomas depressivos, o Inventário Beck de Depressão e a escala de Hamilton.³⁷ Em 290 pacientes com mieloma múltiplo recém diagnosticado, que foram acompanhados até 2 anos do tratamento, foi encontrada uma prevalência de 27,9% de transtornos depressivos e não foi observada maior mortalidade neste grupo, usando o modelo de regressão Cox.³⁸

Em pacientes com mieloma múltiplo, avaliados pré-transplante de medula óssea, foi encontrada uma prevalência de 24 a 34% de sintomas depressivos (dependendo da escala utilizada), 58% percebiam a dor com, pelo menos, moderada intensidade e mais de 80% sentiam, no mínimo, moderada fadiga. Estas condições, segundo os autores, necessitam de uma abordagem adequada para melhorar a qualidade de vida destes pacientes.³⁹ Recentemente, na investigação de 51 pacientes, internados ou em acompanhamento ambulatorial, com leucemia e linfoma, foi observada a presença de 51% ou 14% de sintomas depressivos, dependendo do ponto de corte utilizado na escala “*Hospital Anxiety and Depression Scale*”(HADS) e que os pacientes com sofrimento psíquico grave eram os que apresentavam piora na qualidade de vida.²⁹

Foi também encontrada uma prevalência de sintomas depressivos, entre 18 a 44%, em pacientes com doença falciforme, contribuindo para piorar a qualidade de vida destes pacientes.⁴⁰⁻⁴²

Na avaliação de registros de portadores de depressão, em licença médica, entre 1988 e 2000, sem história prévia de malignidade, e acompanhando-os até a ocorrência do primeiro registro de neoplasia linfóide, morte, emigração ou término do período de seguimento, não foi observado aumento na incidência das doenças linfoproliferativas em pacientes com transtornos depressivos.²⁵

Vários autores têm relatado a associação de sintomas depressivos e deficiência de vitamina B12 e ou ácido fólico com ou sem anemia.⁴³⁻⁴⁵ Alguns observaram que as mulheres, com 65 anos ou mais, que apresentavam uma significativa deficiência de vitamina B12, avaliada pela dosagem do ácido metilmalônico, tinham uma chance duas vezes maior de desenvolver depressão grave se comparado com a população sem deficiência.⁴⁶

A fadiga é um dos sintomas que faz parte da lista dos critérios de depressão. Existem diversos trabalhos tentando correlacioná-la como um sintoma ou síndrome a parte, além de associá-la aos sintomas depressivos e outras morbidades psiquiátricas e físicas.⁴⁷⁻⁵¹ Uma pesquisa em 457 pacientes com Linfoma de Hodgking revelou altos níveis de depressão e ansiedade em 26% dos pacientes que apresentavam fadiga persistente por 6 meses ou mais.⁵² Nos pacientes idosos (≥ 65 anos), com diagnóstico de câncer avançado, há uma alta prevalência de fadiga, dor e sintomas depressivos, os quais, muitas vezes se inter-relacionam.⁵³ Fadiga, mudanças no sono, no peso ou no apetite, retardo ou agitação psicomotora mostraram a mesma relação com a gravidade da depressão, tanto em pacientes com doença crônica quanto naqueles sem comorbidade física importante.⁵⁴

Existe uma polêmica quando se trata de correlacionar anemia e sintomas depressivos. Alguns estudos demonstraram que melhorar os níveis de hemoglobina em pacientes, submetidos à quimioterapia, pode produzir efeitos positivos sobre a fadiga, sintomas depressivos, ansiedade, sentimentos de desesperança e na saúde como um todo, sendo que dois autores utilizaram eritropoetina recombinante para prová-lo.^{49, 55, 56} Há relato

de que a mortalidade atribuída a neoplasias, transtornos mentais, doenças respiratórias e circulatórias, doenças de base e ferimentos foi significativamente maior entre pacientes idosos com anemia.⁵⁷ Investigando 1010 puérperas, não houve correlação da anemia com aumento de depressão pós parto, tendo sido encontrado apenas 8% ou menos de sintomas depressivos nas pacientes.⁵⁸ Um estudo recente, avaliando 37 mulheres, mostrou que a anemia após o parto é um risco para o desenvolvimento de depressão nesta fase.⁵⁹ Outros relatos corroboraram a associação entre anemia e depressão: um concluiu que, em idosos, ter sintomas depressivos aumenta o risco de anemia, enquanto o outro observou que, em pacientes com câncer, o risco de depressão aumenta com a queda dos níveis de hemoglobina.^{23, 24} Portanto, é difícil estabelecer uma relação entre causa e efeito.

Objetivamos neste trabalho melhor compreender o sofrimento psíquico dos pacientes internados em leitos da especialidade de hematologia do HU-UFSC, a fim de tratá-los de forma mais adequada e contribuir para melhorar sua qualidade de vida, visto que há artigos demonstrando que o tratamento adequado dos transtornos depressivos melhora a qualidade de vida dos pacientes com ou sem doenças físicas.⁶⁰ Mais especificamente, pretendemos avaliar se os pacientes com sintomas depressivos têm maior comorbidade física e maior dificuldade terapêutica (menor aderência ao tratamento, maior morbidade e mortalidade). Em outras especialidades médicas já está bem estabelecida a associação entre depressão e o pior prognóstico, com aumento da mortalidade.^{8, 9, 14} No entanto, a literatura relativa à associação entre sintomas depressivos e doenças hematológicas ainda é escassa e controversa.^{29, 37, 38}

Apesar dessa insuficiência de dados, suspeitamos que os pacientes com sofrimento psíquico, além do esperado, possam ter evolução desfavorável. O conhecimento desta correlação, se existir, pode ser útil na elaboração de medidas preventivas e terapêuticas específicas para estes pacientes.

2 OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Avaliar sintomas depressivos e variáveis clínicas nos pacientes internados em leitos da hematologia na enfermaria de adultos do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago, da Universidade Federal de Santa Catarina (HU – UFSC).

2.2. Objetivos Específicos

Nos pacientes atendidos nas enfermarias em leitos da hematologia do HU – UFSC:

1. Avaliar a prevalência de sintomas depressivos;
2. Analisar a correlação entre sintomas depressivos e variáveis clínicas;
3. Verificar diferenças na evolução dos grupos com e sem sintomas depressivos;

3 MÉTODO

3.1. Delineamento da pesquisa:

A pesquisa teve um desenho quantitativo, conforme descrito abaixo:

- Descritivo observacional transversal para a descrição dos sintomas depressivos;
- Analítico observacional transversal para a análise da correlação entre sintomas depressivos e variáveis clínicas;
- Prospectivo do tipo coorte para o estudo da evolução dos grupos com e sem sintomas depressivos;

3.2 Local:

Foi realizado nos leitos das enfermarias de clínica médica do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago, da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC) reservados ao serviço de hematologia, para o qual estão disponíveis seis (06) leitos masculinos e quatro (04) leitos femininos. Neste Hospital, as maiores causas de internação na hematologia são as leucemias agudas, seguidas das anemias e plaquetopenias.

3.3. Amostra:

Dos 123 pacientes que internaram nas enfermarias de clínica médica do HU-UFSC com doença hematológica, no ano de 2004, 19 (15,4%) foram excluídos do estudo, sendo 3

mulheres e 16 homens. Nove pacientes tinham problemas físicos, 8 apresentavam prejuízo cognitivo e 2 se recusaram a participar do estudo. A amostra foi constituída por 104 pacientes.

3.4. Procedimentos:

Os pacientes foram entrevistados dentro da primeira semana de internação, após assinarem o termo de consentimento, sendo previamente esclarecidos sobre os objetivos e a natureza do estudo.

Os dados sobre doenças físicas, medicações em uso e exames, durante a internação, foram anotados do prontuário assim como também o tempo de internação, o tempo de neutropenia e a mortalidade, quando esta ocorria durante a internação. O controle da mortalidade após a alta até 12 meses foi feito através do acompanhamento destes pacientes em consultas regulares no ambulatório e novas internações. Ao término dos 12 meses, foi estabelecido contato telefônico com o paciente ou seus familiares para saber a evolução.

Os dados sobre morbidade psiquiátrica foram avaliados conforme o item 3.5.3 a seguir.

3.5. Medidas:

3.5.1. Sociodemográficas e clínicas

Foram coletadas as variáveis sociodemográficas e os dados de variáveis clínicas descritas na ficha de coleta de dados (**Anexo 1**), incluindo a aplicação de uma escala de comorbidade física, o índice de Charlson⁶¹ (**Anexo 2**).

3.5.2. Morbidade clínica

Foram avaliados os seguintes parâmetros clínicos e de laboratório a seguir:

- Problemas clínicos na admissão: presença de infecção, febre, náusea, vômito, se existia queixa de dor e a percepção da dor sentida pelo paciente avaliada através de uma escala de 1 a 10.
- Exames de laboratório para avaliar a presença de:
 1. Anemia conforme critérios da Organização Mundial de Saúde que considera a hemoglobina (Hb) $< 12\text{g\%}$ para as mulheres e $< 13\text{g\%}$ para os homens. Ainda no item anemia foi subdividida em $\text{Hb} < 7\text{g\%}$ e $\text{Hb} < 6\text{g\%}$ com a intenção de melhor avaliar a gravidade física.
 2. Neutropenia (Neutrófilos $< 1000/\text{mm}^3$, considerado de maior risco para infecção) na admissão.
 3. Tempo de neutropenia durante a internação, avaliada em semanas, pois o controle dos pacientes neutropênicos foi feito 2 a 3 vezes por semana.
 4. Linfopenia (Linfócitos $< 1000/\text{mm}^3$).
 5. Hipoproteinemia (proteínas totais $< 6\text{g/dl}$).
 6. Hipoalbuminemia (albumina $< 3,5\text{mg/dl}$).
 7. Disfunção renal (creatinina $> 1,2\text{mg/dl}$ (homens) ou $> 0,9\text{mg/dl}$ (mulheres)).
 8. Hiperglicemia (glicemia $> 100\text{ mg/dl}$).

3.5.3. Morbidade psiquiátrica

Para o diagnóstico de história prévia psiquiátrica e de transtornos mentais foram utilizados os critérios e instrumentos abaixo.

3.5.3.1. História Psiquiátrica Prévia Pessoal

A história psiquiátrica prévia pessoal feita de acordo com o modelo realizado por Koenig e colaboradores.⁶²

A avaliação de história psiquiátrica prévia se baseou em duas perguntas aos pacientes, sendo-lhes questionado se: 1) alguma vez já tiveram qualquer doença mental ou dos nervos que necessitou de tratamento; 2) alguma vez já tomaram medicação para os nervos por qualquer motivo. Em caso afirmativo, foi anotado o diagnóstico psiquiátrico prévio.

3.5.3.2. Mini-Exame do Estado Mental (MMSE)

Instrumento elaborado por Folstein e Folstein (1975),⁶³ utilizado para medir o estado cognitivo dos pacientes, rastreando principalmente *delirium* e demência. É composto de onze perguntas e requer somente de 5 a 10 minutos para ser administrado.

Os pacientes que tiveram escores abaixo de 24, no MMSE, foram avaliados clinicamente quanto à presença de prejuízo cognitivo. Quando confirmada, o paciente não completava as etapas seguintes devido às limitações causadas por estes transtornos, dificultando a realização de entrevistas e escalas de forma confiável.

3.5.3.3. Inventário Beck de Depressão (BDI)

O BDI foi elaborado para medir a gravidade de depressão em adolescentes e adultos. É composto de 21 itens e pode levar cerca de 10 minutos no seu preenchimento. Foi utilizada a versão em português, que se mostrou válida quando utilizada em indivíduos brasileiros.⁶⁴ Para

considerar que o paciente apresentava sintomas depressivos moderados a graves foi utilizado o ponto de corte em 16/17.

3.6. Análise estatística

Os dados foram analisados com auxílio do *software* SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) para Windows, versão 10.0.⁶⁵ Foram descritas as características da amostra, assim como a frequência dos sintomas depressivos. As variáveis contínuas foram descritas como médias e desvios-padrão (DP) e as variáveis categóricas como frequências e porcentagens. Foi feita análise bivariada, comparando os pacientes com e sem sintomas depressivos (com score do BDI > 16). Para esta análise, as variáveis categóricas foram comparadas usando Teste do Qui-quadrado e as variáveis ordinais e contínuas foram avaliadas usando Teste *t* de *Student* para médias independentes ou Teste Exato de Fischer, conforme apropriado. Foram considerados estatisticamente significativos os valores de $p \leq 0,05$. No estudo transversal, foram comparados os pacientes com e sem sintomas depressivos, em relação às variáveis sociodemográficas, hábitos, história psiquiátrica e morbidade física, para verificar a magnitude dessas associações. No estudo longitudinal, foram comparadas as variáveis de desfecho (o tempo de internação, o tempo de neutropenia a aderência ao tratamento e a mortalidade) entre pacientes com e sem sintomas depressivos. Na análise multivariada (Regressão Logística, com o método “Stepwise, Likelihood Ratio”) houve controle para os fatores de confusão (variáveis de morbidade física e idade). Foram analisadas as variáveis com significância estatística para determinar sua independente associação com os sintomas depressivos. Foi realizada a análise de sobrevida com o método de regressão de Cox, para verificar a possível associação de sintomas depressivos com maior mortalidade.

3.7. Aspectos Éticos

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina sob o número 203/2003 em 03 de novembro de 2003 (**Anexo 3**).

Para os indivíduos que apresentaram comorbidades psiquiátricas, e que desejavam, foram solicitados pareceres e avaliados pelo serviço de psiquiatria da mesma instituição.

4 RESULTADOS

A amostra foi constituída por 104 pacientes, dos quais 58 (55,8%) eram mulheres, a idade variou entre 14 e 86 anos com uma média de 48,1 anos (Desvio Padrão [DP]=19,81), oitenta e cinco (81,7%) pacientes eram brancos. A escolaridade variou de zero a 17 anos com uma mediana de cinco anos. Do total da amostra, 10 (9,6%) pacientes moravam sozinhos. Quanto à renda mensal familiar, 75 (72,1%) ganhavam até três salários mínimos. Na investigação dos hábitos, 23 (22,1%) eram fumantes, 63 (60,6%) praticavam exercícios físicos. As características sociodemográficas e hábitos estão detalhadas na **Tabela 1**.

A **Tabela 2** demonstra as características clínicas e laboratoriais da amostra, valendo ressaltar que 15 pacientes (14,4%) tinham história de depressão anterior. A mediana do tempo de duração da doença foi de 5 meses e do tempo de tratamento da doença 1,5 meses. O tempo médio de internação foi de 24,03 dias (DP=20,48), 55 (52,9%) tinham doença oncohematológica, 56 (53,8%) pacientes já haviam recebido algum tipo de transfusão sanguínea, a maioria durante a internação. A dor, como sintoma presente na admissão, foi referida por 57 (54,8%) pacientes. A anemia esteve presente em 85 (81,7%) pacientes, sendo 47 (55,3%) do sexo feminino e 38 (44,7%) do sexo masculino. Os valores mais frequentes no índice Charlson para gravidade física foram zero em 51 (49%) pacientes e 2 em 27 (26%).

A anemia, como categoria diagnóstica, teve uma prevalência de 33,65%. A leucemia aguda (23,1%) foi o diagnóstico mais prevalente dentre as doenças oncohematológicas, destacando-se a leucemia mielóide aguda (17,3%) (ver a relação completa na **Tabela 3**).

A maioria dos pacientes já internaram com neutropenia devido à doença de base (23/31). Quinza (48,4%) pacientes, dos 31 que tiveram neutropenia, demoraram mais de 21

dias para a recuperação na contagem de neutrófilos para $\geq 1000/\text{mm}^3$. Vinte pacientes foram submetidos à quimioterapia. A **Tabela 4** detalha a distribuição do tempo de neutropenia em semanas. Ocorreram 23 (22,1%) óbitos, sendo 11 (47,8%) durante a internação (**Tabela 5**).

A prevalência de pacientes com sintomas depressivos moderados a graves foi de 32,7%, sendo que dentre as neoplasias esta prevalência foi de 34,5% e o grupo da hematologia geral apresentou 30,6%. Apenas um paciente com leucemia mieloide aguda foi tratado com antidepressivo (sertralina 50mg/dia). Dentre os itens pesquisados no BDI, os mais freqüentes foram: perda de libido (38,5%) e irritabilidade (35,6%). Trinta e três pacientes (31,7%) apresentavam fadiga (**Tabela 6**).

Quanto às medicações utilizadas pelos pacientes, não houve correlação de seu uso com a presença de sintomas depressivos.

Tabela 1: Características sociodemográficas e hábitos da amostra: (N= 104).

Características	Média (DP*)	n	%
Sociodemográficas:			
Sexo feminino		58	55,8
Idade, anos	48,15 (19,81)		
Raça branca		85	81,7
Escolaridade, anos	6,13 (3,7)		
8 anos ou mais		40	38,5
5 a 7 anos		18	17,3
1 a 4 anos		41	39,4
analfabeto		5	4,8
Renda, salários mínimos	3,16 (3,5)		
1-3		75	72,1
>3-6		20	19,2
>6-10		7	6,7
>10		2	1,9
Casado(a) ou morando com parceiro(a)		58	55,8
Hábitos:			
Fumante atual		23	22,1
Uso excessivo de bebida alcoólica[†]		13	12,5
Uso de drogas[‡]		2	1,9
Exercícios físicos[§]		63	60,6
Alimentação			
Verduras cruas			
Pelo menos 1 dia/semana		76	73,1
> 3 dias/semana		48	46,2
Frutas cruas			
Pelo menos 1 dia/semana		90	86,5
> 3 dias/semana		63	60,6

*DP= desvio padrão.

[†]Excesso de bebida alcoólica é consumir >24g de álcool/dia para os homens e >16g/dia para as mulheres.⁶⁶[‡]Drogas= Maconha, cola e cocaína.[§]Exercícios= 2x/semana pelo menos por 30 min.

Tabela 2: Características clínicas da amostra (N= 104*).

Características	Média (DP[†])	n	%
História de Depressão		15	14,4
Internações anteriores	4,53 (5,78)		
Pelo mesmo problema	2,63 (5,36)		
Duração da doença atual, meses	34,09 (86,12)		
Tempo de Tratamento, meses	28,41 (84,26)		
Recidiva		18	17,3
Tempo de Internação, dias	24,03 (20,48)		
Diagnósticos Hematológicos			
Oncohematologia		55	52,9
Em quimioterapia		34	32,7
Hematologia Geral		49	47,1
Transusão de sangue[‡]		56	53,8
Índice de massa corpórea[*]	24,3 (4,72)		
Problemas clínicos na admissão:			
Infecção		42	40,4
Sangramento		17	16,3
Trombose		2	1,9
Febre		38	36,5
Náusea		22	21,2
Vômito		9	8,7
Percepção da dor	7,7 (2,30)		
Gravidade da doença[§]	1,0 (1,83)		
Laboratório			
Hemoglobina	9,6 (3,07)		
Anemia		85	81,7
Hb < 7g%		23	22,1
Hb < 6g%		13	12,5
Neutrófilos/mm³	4779,3 (6525,13)		
Neutropenia (< 1000/mm³)		22	21,2
Linfócitos/mm³	2303 (5785,43)		
Linfopenia (< 1000/mm³)		36	34,6
Proteínas totais[*]	6,7 (1,34)		
< 6,0g/dl		12	21,4
Albumina[*]	3,5 (0,72)		
< 3,5g/dl		26	45,6
Creatinina[*]	1,13 (1,15)		
Disfunção renal^{**}		26	26,5
Glicemia[*]	115,5 (50,03)		
> 100mg/dl		27	45,0

*Para algumas variáveis não foi possível obter os dados completos da amostra.

[†]DP= desvio padrão.

[‡]Antes ou durante a internação.

[§]Medido pelo Índice Charlson.

^{||}Segundo a Organização Mundial de Saúde: Hemoglobina (Hb) < 13g% para os homens e Hb < 12g% para as mulheres.

^{**}Disfunção renal= creatinina >1,2mg/dl (homens) ou >0,9 (mulheres).

Tabela 3: Diagnósticos hematológicos (N= 104).

Diagnósticos	N	%
Oncohematologia	55	52,9
Leucemias agudas	24	23,1
Leucemia mieloide aguda	18	17,3
Leucemia linfoblástica aguda	6	5,8
Linfomas	19	18,2
Linfoma não Hodgkin	15	14,4
Linfoma Hodgkin	4	3,8
Síndrome mielodisplásica	4	3,8
Mieloma múltiplo	3	2,9
Policitemia vera	2	1,9
Leucemia linfocítica crônica	1	1,0
Mielofibrose	1	1,0
Leucemia de células dendríticas	1	1,0
Hematologia Geral	49	47,1
Anemias	35	33,65
Anemia de doença crônica	10	9,6
Anemia deficiência de ferro	4	3,85
Anemia aplástica	4	3,85
Anemia falciforme	3	2,9
Anemia hemolítica autoimune	3	2,9
Anemias hemolítica não esferocítica	3	2,9
Anemia por perda aguda	3	2,9
Anemia hemolítica por trauma mecânico	2	1,9
Hemoglobinúria paroxística noturna	2	1,9
Esferocitose hereditária	1	1,0
Distúrbio das plaquetas	9	8,65
Púrpura trombocitopênica imunológica	8	7,7
Disfunção plaquetária congênita (Doença do pool de estocagem)	1	1,0
Hiperesplenismo	3	2,9
Distúrbio dos leucócitos	2	1,9
Neutropenia secundária ao HIV agudo	1	1,0
Linfopenia	1	1,0

Tabela 4: Tempo de neutropenia durante a internação (n= 31)

Tempo de Neutropenia em Semanas	n	%
> 21 dias	15	48,4
15 a 21 dias	8	25,8
8 a 14 dias	7	22,6
até 7 dias	1	3,2
Total	31	100

Tabela 5: Morte categorizada por tempo (n= 23).

Período da morte	n	%
Durante a internação	11	47,8
até 3m	1	4,3
>3 a 6m	6	26,1
> 6 a 12m	5	21,7

Tabela 6: Frequência dos sintomas depressivos moderados a graves (escores 2 e 3) de acordo com o Inventário Beck de Depressão.

Sintomas depressivos	N	%
b1-Tristeza	18	17,3
b2-Desesperança	10	9,6
b3-Sensação de fracasso	17	16,3
b4-Anedonia	15	14,4
b5-Culpa	14	13,5
b6-Sentimento de Punição	21	20,2
b7-Desgosto consigo	10	9,6
b8-Auto-acusação	28	26,9
b9-Ideação suicida	6	5,8
b10-Choro fácil	16	15,4
b11-Irritabilidade	37	35,6
b12-Perda do interesse nas pessoas	7	6,7
b13-Indecisão	23	22,1
b14-Mudança de imagem do corpo	22	21,2
b15- Dificuldade no trabalho	33	31,7
b16-Insônia	28	26,9
b17-Fadiga	33	31,7
b18-Falta de apetite	19	18,3
b19-Perda de peso	33	31,7
b20-Preocupação somática	25	24
b21-Perda de libido	40	38,5

Na **Tabela 7** listamos as variáveis que tiveram significância estatística quando comparados os pacientes com e sem sintomas depressivos moderados a grave. Pacientes com história de depressão prévia, com náusea ou infecção na admissão, que referiam dor, fumantes e com tempo de neutropenia prolongado tiveram risco aumentado de apresentar sintomas depressivos (todos com $p < 0,05$). Para evitar a colinearidade com infecção e náusea, as variáveis categóricas, febre e vômito, não foram incluídas na análise multivariada.

Tabela 7: Variáveis que se associaram à presença de sintomas depressivos.

Variável	Presença de sintomas depressivos				
	não (n=70)		sim (n=34)		
	Média	DP*	Média	DP	p [†]
Escolaridade, anos	6,63	3,75	5,12	3,44	0,045
Gravidade da doença[‡]	1,0	1,37	2,09	2,39	0,018
Percepção da dor	7,09	2,56	8,44	1,71	0,023
Tempo de neutropenia	2,90	0,91	3,73	0,65	0,007
	N	%	N	%	p [*]
Fumante atual	10	14,3	13	38,2	0,006
História de depressão	4	5,7	11	32,4	<0,001
Infecção	23	32,9	19	55,9	0,025
Febre	20	28,6	18	52,9	0,015
Náusea	6	8,6	16	47,1	<0,001
Vômito	2	2,9	7	20,6	0,003

*PD= desvio padrão

†p≤0,05

‡Medido pelo índice Charlson

Na regressão logística, quando analisamos as variáveis que se associaram aos sintomas depressivos, o tempo de neutropenia durante a internação foi a única variável que se manteve no modelo (Risco Relativo=17,14; Intervalo de Confiança de 95%=1,44 a 204,59; p=0,003). Dos 23 pacientes que vieram a óbito, 13 (56,5%) apresentavam sintomas depressivos e destes, 7 (53,8%) tiveram como causa *mortis* infecção/septicemia. Cinco pacientes, dos 7 que faleceram por infecção, tinham mais de 21 dias de neutropenia.

Não houve diferença estatística no tempo de internação entre os pacientes com e sem sintomas depressivos. Apenas 2 (1,9%) pacientes desistiram do tratamento, um deles tinha leucemia linfoblástica aguda e apresentou escore 17 no BDI, e o outro estava sob investigação de uma anemia hemolítica e não apresentava sintoma depressivo.

No que se refere à anemia, mesmo categorizando situação de maior gravidade com hemoglobina menor que 6g%, não houve associação com sintomas depressivos nos pacientes (p=0,54).

Controlando para gravidade física e para idade, não houve aumento significativo da mortalidade nos pacientes com sintomas depressivos (p=0,43).

5 DISCUSSÃO

Um achado inédito na literatura, segundo o nosso conhecimento, foi a observação de que pacientes internados com sintomas depressivos tinham um risco muito aumentado (37 vezes maior) de prolongar o tempo de neutropenia, mesmo após o controle para fatores de confusão, como gravidade física e as demais variáveis clínicas. A tendência dos pacientes com depressão foi apresentar mais de 21 dias de neutropenia, tornando-os susceptíveis a processos infecciosos, aumentando a morbidade. Não encontramos artigos que relatassem o problema para podermos tecer comparações. As pesquisas da psiconeuroimunologia associam neutrofilia com os quadros depressivos.^{32, 33}

Sintomas depressivos, de moderados a graves, foram encontrados em 32,7% dos pacientes com doença hematológica. Nas doenças oncohematológicas esta prevalência foi de 34,5%, enquanto que os indivíduos que apresentavam doença hematológica não neoplásica (hematologia geral) tinham 30,6%. Estes achados condizem com a escassa literatura relacionada à hematologia e a apresentada em outras especialidades.^{1, 2, 26, 36} No entanto existem estudos que encontraram prevalências mais baixas.^{21, 37} Foi bem caracterizada a associação dos sintomas depressivos nos pacientes que apresentavam infecção, náusea e dor na admissão, além da forte influência da história prévia de depressão. O que também foi corroborado por outros autores.^{39, 53}

Há uma tendência a considerar a anemia como um fator de risco para depressão.^{23, 24, 59} No entanto, na nossa análise, mesmo categorizando a anemia de forma mais grave ($Hb < 6g\%$) não observamos relação com o risco de sintomas depressivos. Encontramos 31,7% de pacientes que sentiam fadiga, sintoma que é muito freqüente nos pacientes com câncer.⁵³ Não houve diferença na taxa de mortalidade entre os pacientes com e sem depressão. Talvez isto

possa ter acontecido pelo número insuficiente da amostra, podendo ter causado erro tipo 2, ou porque os pacientes com sintomas depressivos receberam tratamento adequado durante a internação, ou ainda porque há uma multiplicidade de causas levando a mortalidade nos pacientes hematológicos mais graves. No que se refere à mortalidade e depressão em outras especialidades, esta relação é significativa.^{10, 11, 13}

Tivemos limitações em algumas variáveis (IMC, proteínas totais, albumina, glicemia e creatinina), das quais não obtivemos os valores para todos os 104 pacientes, não podendo analisá-las adequadamente. Como a maioria dos pacientes apresentou anemia (81,7%), é possível que isto tenha causado um viés e não tenhamos encontrado uma associação com sintomas depressivos, entretanto, esta ausência de associação já foi relatada anteriormente.⁵⁸

Há um hiato na literatura quando se trata da avaliação diagnóstica e abordagem do sofrimento psíquico em pacientes com doença hematológica. Na prática clínica observamos evoluções desfavoráveis em pacientes com prognósticos semelhantes na oncohematologia. Isto nos levou a observar que os pacientes, com algum grau de desesperança, não tinham desfecho tão favorável quanto os que se sentiam confiantes e esperançosos. Assim, nos propusemos a realizar este estudo, testando a nossa hipótese para que futuramente possamos encontrar uma resposta à pergunta: como fazer a junção da abordagem física e emocional dos pacientes, de uma forma mais individualizada, mas ainda científica, sem que seja uma mera repetição de protocolos? Em nosso hospital temos a vantagem de poder contar com o serviço de psiquiatria e psicologia que dão o apoio necessário a todos os pacientes internados na hematologia. A união de esforços para melhorar a qualidade de vida dos pacientes é fundamental. O fato de termos encontrado uma relação muito estreita entre o tempo de neutropenia e sintomas depressivos apresentados pelos pacientes nos obriga a continuar nossas pesquisas, ampliando nossa amostra, incluindo novas variáveis, para que possamos

verdadeiramente confirmar estes achados e modificar nossa abordagem terapêutica frente a estes pacientes com sofrimento psíquico.

6 CONCLUSÕES

1. A prevalência de sintomas depressivos nos pacientes internados com doença hematológica foi de 32,7%.
2. Foi possível correlacionar os sintomas depressivos com o fato de o paciente ter história prévia de depressão, ser fumante, ter menor escolaridade, maior gravidade física, sentir dor, ter infecção, febre, náusea ou vômito e prolongar o tempo de neutropenia além de 21 dias.
3. Não foi possível correlacionar a anemia com sintomas depressivos.
4. Não houve diferença estatística entre o tempo de internação, a aderência ao tratamento e a mortalidade dos pacientes com e sem sintomas depressivos.
5. Pacientes com sintomas depressivos tiveram um risco 17 vezes maior de apresentar tempo de neutropenia prolongado em relação aos pacientes sem depressão.
6. Não houve aumento da mortalidade nos pacientes com sintomas depressivos.

REFERÊNCIAS

1. de Jonge P, Kempen GI, Sanderman R, Ranchor AV, van Jaarsveld CH, van Sonderen E, et al. Depressive symptoms in elderly patients after a somatic illness event: prevalence, persistence, and risk factors. *Psychosomatics* 2006;47(1):33-42.
2. Lustman PJ, Clouse RE. Depression in diabetic patients: the relationship between mood and glycemic control. *J Diabetes Complications* 2005;19(2):113-22.
3. Massie MJ. Prevalence of depression in patients with cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2004(32):57-71.
4. Evans DL, Charney DS. Mood disorders and medical illness: a major public health problem. *Biol Psychiatry* 2003;54(3):177-80.
5. Spiegel D, Giese-Davis J. Depression and cancer: mechanisms and disease progression. *Biol Psychiatry* 2003;54(3):269-82.
6. Golden SH, Williams JE, Ford DE, Yeh HC, Paton Sanford C, Nieto FJ, et al. Depressive symptoms and the risk of type 2 diabetes: the Atherosclerosis Risk in Communities study. *Diabetes Care* 2004;27(2):429-35.
7. Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care* 2001;24(6):1069-78.
8. Jonas BS, Mussolino ME. Symptoms of depression as a prospective risk factor for stroke. *Psychosom Med* 2000;62(4):463-71.
9. Carney RM, Freedland KE. Depression, mortality, and medical morbidity in patients with coronary heart disease. *Biol Psychiatry* 2003;54(3):241-7.
10. Gump BB, Matthews KA, Eberly LE, Chang YF. Depressive symptoms and mortality in men: results from the Multiple Risk Factor Intervention Trial. *Stroke* 2005;36(1):98-102.
11. Barth J, Schumacher M, Herrmann-Lingen C. Depression as a risk factor for mortality in patients with coronary heart disease: a meta-analysis. *Psychosom Med* 2004;66(6):802-13.
12. Everson-Rose SA, House JS, Mero RP. Depressive symptoms and mortality risk in a national sample: confounding effects of health status. *Psychosom Med* 2004;66(6):823-30.
13. von Ammon Cavanaugh S, Furlanetto LM, Creech SD, Powell LH. Medical illness, past depression, and present depression: a predictive triad for in-hospital mortality. *Am J Psychiatry* 2001;158(1):43-8.
14. Furlanetto LM, von Ammon Cavanaugh S, Bueno JR, Creech SD, Powell LH. Association between depressive symptoms and mortality in medical inpatients. *Psychosomatics* 2000;41(5):426-32.
15. Prieto JM, Blanch J, Atala J, Carreras E, Rovira M, Cirera E, et al. Psychiatric morbidity and impact on hospital length of stay among hematologic cancer patients receiving stem-cell transplantation. *J Clin Oncol* 2002;20(7):1907-17.
16. DiMatteo MR, Lepper HS, Croghan TW. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Arch Intern Med* 2000;160(14):2101-7.

17. Spalletta G, Ripa A, Caltagirone C. Symptom profile of DSM-IV major and minor depressive disorders in first-ever stroke patients. *Am J Geriatr Psychiatry* 2005;13(2):108-15.
18. Kales HC, Maixner DF, Mellow AM. Cerebrovascular disease and late-life depression. *Am J Geriatr Psychiatry* 2005;13(2):88-98.
19. Raison CL, Miller AH. Depression in cancer: new developments regarding diagnosis and treatment. *Biol Psychiatry* 2003;54(3):283-94.
20. Croyle RT, Rowland JH. Mood disorders and cancer: a National Cancer Institute perspective. *Biol Psychiatry* 2003;54(3):191-4.
21. McDaniel JS, Musselman DL, Porter MR, Reed DA, Nemeroff CB. Depression in patients with cancer. Diagnosis, biology, and treatment. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52(2):89-99.
22. Kathol RG, Mutgi A, Williams J, Clamon G, Noyes R, Jr. Diagnosis of major depression in cancer patients according to four sets of criteria. *Am J Psychiatry* 1990;147(8):1021-4.
23. Onder G, Penninx BW, Cesari M, Bandinelli S, Lauretani F, Bartali B, et al. Anemia is associated with depression in older adults: results from the InCHIANTI study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2005;60(9):1168-72.
24. Skarstein J, Bjelland I, Dahl AA, Laading J, Fossa SD. Is there an association between haemoglobin, depression, and anxiety in cancer patients? *J Psychosom Res* 2005;58(6):477-83.
25. Nordstrom M, Granath F, Bjorkholm M, Ekblom A. Sick leave due to depressive disease: not a risk factor for the development of malignant lymphoma. *Eur J Epidemiol* 2005;20(9):769-73.
26. dos Santos MJ, Pimentel P, Monteiro JM, Cardoso G, de Oliveira JJ, Almiro M, et al. [Psychiatric disorders in hospitalized patients with hematologic neoplasms]. *Acta Med Port* 1991;4(1):5-8.
27. Beutler E, Lichtman MA, Coller BS. Williams Hematology. 6th ed. New York, NY: McGraw-Hill Professional Publishing; 2000.
28. Lee GR, Foerster J, Lukens J. Wintrobe's Clinical Hematology. 10th ed. Baltimore, Md: Lippincott, Williams & Wilkins; 1999.
29. Montgomery C, Pocock M, Titley K, Lloyd K. Predicting psychological distress in patients with leukaemia and lymphoma. *J Psychosom Res* 2003;54(4):289-92.
30. Silberfarb PM, Bates GM, Jr. Psychiatric complications of multiple myeloma. *Am J Psychiatry* 1983;140(6):788-9.
31. Petitto JM, Lewes MH, Lysle DT, Garipey J-L, Huang Z, McCarthy DB, et al. Behavioral States and Immune Responsiveness. In: Goodkin K, Visser AP, editors. *Psychoneuroimmunology: Stress, Mental Disorders and Health*. 1st ed. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc; 2000. p. 27-40.
32. Keller SE, Schleifer SJ, Bartlett JA, Schiflett SC, Rameshwar P. Depression, Immunity, and Health. In: Goodkin K, Visser AP, editors. *Psychoneuroimmunology: Stress, Mental Disorders and Health*. 1st ed. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.; 2000. p. 1-25.
33. Herbert TB, Cohen S. Depression and Immunity: A Meta-Analytic Review. *Psychological Bulletin* 1993;113(3):472-486.
34. Myint A-M, Leonard BE, Steinbusch HWM, Kim Y-K. Th1, Th2 and Th3 cytokine alterations in major depression. *Journal of Affective Disorders* 2005;88:167-173.
35. Elenkov IJ, Chrousos GP, Wilder RL. Neuroendocrine Regulation of IL-12 and TNF- α /IL-10 Balance: Clinical Implications. *Annals of the New York Academy of Sciences* 2000;917:94-105.

36. Hosaka T, Aoki T, Ichikawa Y. Emotional states of patients with hematological malignancies: preliminary study. *Jpn J Clin Oncol* 1994;24(4):186-90.
37. Hurtado F, Martin G, Sanz MA. [Leukemia and mental health: psychological disturbances, predisposing actors, precipitating conditions and psychotherapeutic approach]. *Sangre (Barc)* 1993;38(6):429-34.
38. Silberfarb PM, Anderson KM, Rundle AC, Holland JC, Cooper MR, McIntyre OR. Mood and clinical status in patients with multiple myeloma. *J Clin Oncol* 1991;9(12):2219-24.
39. Sherman AC, Simonton S, Latif U, Spohn R, Tricot G. Psychosocial adjustment and quality of life among multiple myeloma patients undergoing evaluation for autologous stem cell transplantation. *Bone Marrow Transplant* 2004;33(9):955-62.
40. Comer EW. Integrating the health and mental health needs of the chronically ill: a group for individuals with depression and sickle cell disease. *Soc Work Health Care* 2004;38(4):57-76.
41. Hasan SP, Hashmi S, Alhassen M, Lawson W, Castro O. Depression in sickle cell disease. *J Natl Med Assoc* 2003;95(7):533-7.
42. Wison Schaeffer JJ, Gil KM, Burchinal M, Kramer KD, Nash KB, Orringer E, et al. Depression, disease severity, and sickle cell disease. *J Behav Med* 1999;22(2):115-26.
43. Oh R, Brown DL. Vitamin B12 deficiency. *Am Fam Physician* 2003;67(5):979-86.
44. Fafouti M, Paparrigopoulos T, Liappas J, Mantouvalos V, Typaldou R, Christodoulou G. Mood disorder with mixed features due to vitamin B(12) and folate deficiency. *Gen Hosp Psychiatry* 2002;24(2):106-9.
45. Mischoulon D, Burger JK, Spillmann MK, Worthington JJ, Fava M, Alpert JE. Anemia and macrocytosis in the prediction of serum folate and vitamin B12 status, and treatment outcome in major depression. *J Psychosom Res* 2000;49(3):183-7.
46. Penninx BW, Guralnik JM, Ferrucci L, Fried LP, Allen RH, Stabler SP. Vitamin B(12) deficiency and depression in physically disabled older women: epidemiologic evidence from the Women's Health and Aging Study. *Am J Psychiatry* 2000;157(5):715-21.
47. Munch TN, Zhang T, Willey J, Palmer JL, Bruera E. The association between anemia and fatigue in patients with advanced cancer receiving palliative care. *J Palliat Med* 2005;8(6):1144-9.
48. Brown DJ, McMillan DC, Milroy R. The correlation between fatigue, physical function, the systemic inflammatory response, and psychological distress in patients with advanced lung cancer. *Cancer* 2005;103(2):377-82.
49. Kallich JD, Tchekmedyian NS, Damiano AM, Shi J, Black JT, Erder MH. Psychological outcomes associated with anemia-related fatigue in cancer patients. *Oncology (Huntingt)* 2002;16(9 Suppl 10):117-24.
50. Knobel H, Loge JH, Nordoy T, Kolstad AL, Espevik T, Kvaloy S, et al. High level of fatigue in lymphoma patients treated with high dose therapy. *J Pain Symptom Manage* 2000;19(6):446-56.
51. Dimeo FC, Stieglitz RD, Novelli-Fischer U, Fetscher S, Keul J. Effects of physical activity on the fatigue and psychologic status of cancer patients during chemotherapy. *Cancer* 1999;85(10):2273-7.
52. Loge JH, Abrahamsen AF, Ekeberg, Kaasa S. Fatigue and psychiatric morbidity among Hodgkin's disease survivors. *J Pain Symptom Manage* 2000;19(2):91-9.
53. Rao A, Cohen HJ. Symptom management in the elderly cancer patient: fatigue, pain, and depression. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2004(32):150-7.
54. Simon GE, Von Korff M. Medical co-morbidity and validity of DSM-IV depression criteria. *Psychol Med* 2006;36(1):27-36.

55. Mancuso A, Migliorino M, De Santis S, Saponiero A, De Marinis F. Correlation between anemia and functional/cognitive capacity in elderly lung cancer patients treated with chemotherapy. *Ann Oncol* 2006;17(1):146-50.
56. Sobrero A, Puglisi F, Guglielmi A, Belvedere O, Aprile G, Ramello M, et al. Fatigue: a main component of anemia symptomatology. *Semin Oncol* 2001;28(2 Suppl 8):15-8.
57. Ania BJ, Suman VJ, Fairbanks VF, Rademacher DM, Melton LJ, 3rd. Incidence of anemia in older people: an epidemiologic study in a well defined population. *J Am Geriatr Soc* 1997;45(7):825-31.
58. Paterson JA, Davis J, Gregory M, Holt SJ, Pachulski A, Stamford DE, et al. A study on the effects of low haemoglobin on postnatal women. *Midwifery* 1994;10(2):77-86.
59. Corwin EJ, Murray-Kolb LE, Beard JL. Low hemoglobin level is a risk factor for postpartum depression. *J Nutr* 2003;133(12):4139-42.
60. Simon GE, Von Korff M, Lin E. Clinical and functional outcomes of depression treatment in patients with and without chronic medical illness. *Psychol Med* 2005;35(2):271-9.
61. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis* 1987;40(5):373-83.
62. Koenig HG, George LK, Meador KG. Use of antidepressants by nonpsychiatrists in the treatment of medically ill hospitalized depressed elderly patients. *Am J Psychiatry* 1997;154(10):1369-75.
63. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12(3):189-98.
64. Gorenstein C, Andrade L. Validation of a Portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. *Braz J Med Biol Res* 1996;29(4):453-7.
65. Noruisis M. SPSS/PC 10.0 base manual. In 10.0 ed. 10 ed. Chicago; 2000.
66. Pina APB. Álcool. 2000 [cited 2006 31/01/2006]; Available from: <http://www.saudepublica.web.pt/Educação/álcool.htm>

ANEXO 1

FICHA PARA COLETA DOS DADOS

☐ Excluído? (circule o motivo)

1-Imp. física; 2 prej. cogn; 3 recusa

1. Nome: Registro:
 2. Idade: anos (DN=/...../.....) Sexo: ☐ Fem. ☐ Masc. Raça: ☐ branca ☐ negra ☐ parda ☐ amarela
 3. Estado civil: ☐ casado/amasiado ☐ viúvo ☐ solteiro ☐ divorciado/separado Mora sozinho? ☐ não ☐ sim
Escolaridade: anos Ocupação: Aposentado: ☐ não ☐ sim
 4. Cidade onde mora: Nº de pessoas na casa:
 5. Renda Familiar: salários mínimos Data da Internação: / /
-
6. Número de internações anteriores: pelo mesmo problema:
 7. Duração da doença: Tempo de tratamento: Recidiva: ☐ não ☐ sim
 8. Medicamentos em uso:
 9. Hábitos: Fumo ☐ Álcool ☐ Drogas ilícitas ☐ - Quais:
 10. Fumante atual: ☐ sim (.... cig/dia anos)
 11. Bebida alcoólica: ☐ não ☐ sim (..... dias/semana gramas/semana ☐ vinho ☐ destilado ☐ cerveja)
 12. Prática exercícios? (mínimo: 30 min, 2x sem) ☐ não ☐ sim
 13. Alimentação: verduras cruas ☐ não ☐ sim (..... x/semana) Frutas cruas ☐ não ☐ sim (..... x/semana)
 14. Já teve qualquer doença mental ou dos nervos que necessitou de tratamento ☐ não ☐ sim
 15. Já tomou medicação para os nervos por qualquer motivo ☐ não ☐ sim
-
16. Recebeu transfusão de sangue: alguma vez na vida: ☐ não ☐ sim durante a internação: ☐ não ☐ sim
 17. Condição clínica de chegada ao hospital:

a. Infecção: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim	Local:
b. Hemorragia: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim	Local:
c. Trombose: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim	Local:
d. Febre: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim	Infecção: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim
e. Náusea: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim	Vômito: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim
f. Dor: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim	Local: Percepção da dor (0-10):
g. Neutropênico: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim	
-
18. Doenças Físicas: Charlson: Outras:
 19. Peso: Kg Alt: m IMC Kg/m²
 20. Laboratório:
 21. Ht: % Hb: g% Leucócitos: / mm³ Neutrófilos: % / mm³
 22. Linfócitos: % / mm³ Plaquetas: / mm³
 23. Prot. T: g/dl Alb.: g/dl Creat.: mg/dl Glicemia: mg/dl
-
24. Doença Hematológica:
 25. Tempo de neutropenia (quando houver): ☐ até 7 dias ☐ 8 – 14 dias ☐ 15 – 21 dias ☐ > 21 dias
 26. Aceitou tratamento proposto: ☐ não ☐ sim Desistiu do tratamento: ☐ não ☐ sim
 27. Morte: durante a internação ☐ não ☐ sim até 3 meses ☐ não ☐ sim até 6 meses ☐ não ☐ sim
até 12 meses ☐ não ☐ sim > 12 meses ☐ não ☐ sim meses
 28. Em caso de morte: Data:/...../..... Causa mortis:
 29. Data da alta:/...../..... Tempo de internação: dias

Pesquisador:

Data:/...../.....

ANEXO 2

ÍNDICE DE COMORBIDADE DE CHARLSON

ESCORE	0	1 - 2	3 - 4	> 5
Taxa de Mortalidade em 1 ano	12%	26%	52%	85%

Número	Condição Clínica		ESCORE
1	Infarto do Miocárdio		1
2	Insuficiência Cardíaca congestiva		
3	Doença vascular periférica		
	Doença cerebrovascular		
5	Demência		
6	Doença pulmonar crônica		
	Doença do tecido conjuntivo		
8	Úlcera		
	Doença hepática leve		
10	Diabetes		
1	Hemiplegia		2
12	Doença renal moderada à severa		
13	Diabetes com lesão em órgão alvo		
14	Qualquer tumor		
15	Leucemia		
16	Linfoma		
17	Doença Hepática moderada à severa		3
18	Tumor sólido metastático		6
19	AIDS		
TOTAL:			

ANEXO 3



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARNA
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE CEP: 88040-900 - FLORIANÓPOLIS - SC
TELEFONE (048) 234-1755 - FAX (048) 234-4069
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS

Parecer Consubstanciado

Projeto nº: 203/2003

Título do Projeto: ASPECTOS PSÍQUICOS NOS PACIENTES INTERNADOS COM DOENÇA HEMATOLÓGICA EM HOSPITAL GERAL: PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS, CORRELAÇÃO COM VÁRIAS CLÍNICAS, PERCEPÇÕES E EXPECTATIVAS.

Pesquisador Responsável: Letícia Maria Furlanetto

Instituição onde será realizado o estudo: HU - UFSC

Data de apresentação ao CEPISH: 06/10/2003

Objetivos: Avaliar aspectos psicológicos/psiquiátricos e variáveis clínicas nos pacientes internados em leitos da hematologia do HU-UFSC.

Específicos: descrever a comorbidade psiquiátrica; analisar a correlação entre comorbidade psiquiátrica e variáveis clínicas; verificar diferenças na evolução dos grupos com e sem comorbidade psiquiátrica; descrever e analisar as percepções e expectativas em relação a: forma de revelação do diagnóstico, satisfação com informações recebidas, abordagem terapêutica e evolução clínica.

Sumário do Projeto: Esta é uma com um desenho quantitativo (transversal e de corte) e qualitativo por uma entrevista semiestruturada para análise do discurso. Serão recrutados 150 pacientes em um período de 18 meses, como estimativa inicial. Estes pacientes serão os internados em enfermarias clínicas, cuja entrevista investigará a presença de transtornos mentais por avaliação clínica e aplicação de escalas para rastreamento de sintomas depressivos e de prejuízo cognitivo. Dados clínicos serão anotados por uma outra pesquisadora que não sabe o resultado da avaliação psiquiátrica. Serão também anotados tempo de internação e tempo de neutropenia, mortalidade durante a internação e após 3 meses e se houve desistência ou não do tratamento.

Comentários frente à Resolução CNS 196/96 e complementares: É uma pesquisa bem elaborada, com uma metodologia, delineamento e objetivos claros, os autores tem o currículo pleno de competência para o trabalho, a relevância é evidente. Toda a documentação exigida está presente e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) está elaborado de maneira clara. Pelo exposto, somos de parecer favorável à aprovação deste projeto assim como da aprovação do TCLE.

Parecer do CEPISH:

- ☒ aprovado
- ☐ reprovado
- ☐ com pendência (detalhes pendência)*
- ☐ retirado
- ☐ aprovado e encaminhado ao CONEP

Florianópolis, 03 de novembro de 2003

Profa. Vera Lúcia Bosco
Coordenadora do CEPISH/UFSC